Le Numéro : 15 CENTIMES — N° 62 — 30 Novembre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . : 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

CLASSEMENT DES FORMES CLINIQUES DES AFFECTIONS STOMACALES, par le professeur HAYEM. 477
LA SÉROTHÉRAPIE DANS LA FIÈVRE PUERPÉRALE, par le professeur GAULARD (de Lille).. 478
LA VAGINITE MYCOTIQUE AIGUE, d'après OTTO VON HERFF. 480

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE
Traitement du lupus 480

ANALYSES
Parasitologie : Étude d'un nouveau streptothrix parasite de l'homme, M. RIVIÈRE 480
Médecine : Appendicite et rhumatisme, M. G. A. SUTHERLAND. — Valeur clinique de l'emploi de la phénylhydrazine pour la recherche du sucre dans l'urine, M. R.-T. WILLIAMSON. 481
Chirurgie : Ostéomyélite aiguë des vertèbres, M. W. MULLER. — Traitement de l'invagination de l'intestin, M. le Pr RYDYGIER 481
Obstétrique et gynécologie : Contribution à l'étiologie de la présentation de la face, M. ROBERTO MUGGIA. — Histologie et relations de la môle hydatiforme avec la production de tumeurs malignes déciduo-cellulaires, M. LUDWIG FRAENKEL 481
Neurologie et psychiatrie : Des dégénérescences secondaires du système nerveux. Dégénérescence wallérienne et dégénérescence rétrograde, M. G. DURANTE. — Étude sur la méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale, M. J. NAGEOTTE. 482
Ophtalmologie : A propos d'un cas d'irido-choroïdite suppurative terminée par la guérison, M. V. MORAX. — Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans la myopie avec lésions des membranes profondes de l'œil, M. DE BOURGON. — Contribution à l'étude des formations kystiques de l'extrémité du nerf optique, M. SACHSALBER. — Le glaucome est-il curable sans opération, M. PILGRIM. 483
Maladies des organes génito-urinaires : Recherches bactériologiques et expérimentales sur un cas de blennorrhagie avec manifestations articulaires et cutanées, M. P. COLOMBINI. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse, M. POUSSON. . . . 483
Rhinologie, Otologie, Laryngologie : La diphtérie de l'adulte à l'hôpital Lariboisière, M. GOUGUENHEIM. — Les adénoïdites, M. F. HELME. — De l'emploi de l'huile mentholée au 10e dans les pharyngites chroniques, M. HAMON DU FOUGERAY. — Un cas d'aphonie hystérique, M. MANDELSTAMM 484
Thérapeutique et Matière médicale : Sur le traitement de l'endocardite rhumatismale aiguë, M. RICHARD CYTON. — De l'action de la strychnine dans l'alcoolisme, M. KROUTOWSKY 484
Pharmacodynamie : Influence du sulfate de strychnine sur le rythme du cœur, M. E. LAHOUSSE. — Contribution à l'étude de l'action physiologique des chlorhydrates d'hydrastine et d'hydrastinine, M. J. DE VOS 484

SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie : Chirurgie du poumon, M. QUÉNU. MM. POIRIER, DELORME, MICHAUX, BERGER, BAZY, QUÉNU. — Présentation de pièce, M. PEYROT. CXCV
Société médicale des Hôpitaux : Troubles oculaires d'origine hystérique, M. H. CLAUDE. — Intoxication survenue à la suite de l'usage externe du sous-nitrate de bismuth, MM. GAUCHER et BALLI. MM. HAYEM, CHAUFFARD, FERRAND, SIREDEY CXCV
Société anatomique : Ulcère rond de l'estomac simulant une appendicite, M. PASTEAU. — Fracture du crâne, M. LE FUR. — Note préliminaire sur le mode de réunion des plaies cutanées chez la grenouille, M. JOLLY. — Anomalie de l'uretère, M. AUSCHER. — Typhlite tuberculeuse, M. AUSCHER. — Pièces de lépreux, MM. AUSCHER et JEANSELME. — Anatomie de la rate, M. PICOU. — Tumeur du ligament large, M. PILLET. — Pathogénie des fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale, M. JAYLE CXCVI
Société médico-chirurgicale : Observation de pneumonie apyrétique, M. TRIPET CXCVI

BIBLIOGRAPHIE
Précis de thérapeutique ophtalmologique, MM. LANDOLT et GYGAX CXCVI

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 5 décembre 1895, à 1 heure. — M. LECORRE : Contribution à l'étude des accidents du tabagisme. Sociétés contre l'abus du tabac. Consommation en France; MM. Brouardel, Pouchet, Charrin, Wurtz. — M. DAVÉO : Prophylaxie de la variole. De la vaccination et de la revaccination. Etude comparative entre l'Etranger et la France; MM. Brouardel, Pouchet, Charrin, Wurtz. — M. VIGNAUD DE SAINT-FLORENT : La chorée congénitale; MM. Brouardel, Pouchet, Charrin, Wurtz.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ont obtenu :

Séance du 28 novembre.		Séance du 29 novembre.	
MM. Thérèse	16	MM. Bruhl	18
Toupet	18	C.-G. Lion	17
Capitan	18	De Gennes	17
Barbier	19	G.-R. Lyon	16
Tissier	17	Raymond	15

Concours de l'Internat. — Ont obtenu :

ANATOMIE.

MM. Villeneuve	13	MM. Gaullieur l'Hardy	10
Veuillot	13	Bobier	11
Pétron	15	Khossarandgi	8
Poulain	14	Le Dard	13
Théohari	15	Coyon	12
Jousset	13	Véron	11
Neveu	11	Drouard	11
Bacaloglu	13	Ch. Roux	14
Hamant	8	Larrieu	11
Choppin	11	Couillaud	9

PATHOLOGIE.

MM. Zamfiresco	0	MM. Lefas	12
De Font-Réaulx	13	Gascon	10
Farabeuf	9	Goudard	10
Guessarian	11	Michel	11
Guilmard	12	Elias	12
Guillemot	13	Laroche	13
Daniel	8	Chaillous	13
de Gorsse	9	Ménier	13
Constensoux	11	Cochemé	12
Loewy	11	Herrenschmidt	14
Riffé	14	Delestre	14
Dauriac	13		

Totaux des deux compositions.

MM. Ménier (I. P)	25	MM. Hamant	16
Cochemé (I. P)	24	Choppin (I. P.)	21
Herrenschmidt	26	Gaullieur l'Hardy (I. P.)	23
Delestre (I. P)	25	Bobier	22
Villeneuve (I. P)	25	Khossarandgi	19
Veuillot (I. P)	25	Le Dard (I. P.)	24
Pétron	27	Coyon	24
Poulain	24	Véron (I. P.)	24
Théohari (I. P)	27	Drouard	22
Jousset (I. P)	25	Ch. Roux (I. P.)	24
Neveu	22	Larrieu (I. P.)	24
Bacaloglu (I. P)	26	Couillaud	17

Les candidats marqués (I. P) sont déjà internes provisoires.

Concours de l'Externat. — Ont obtenu :

ANATOMIE.

Séance du 27 novembre. *Muscles de l'éminence thénar*		Séance du 29 novembre. *Configuration extérieure et rapports du cæcum.*	
MM. Grégoire	19	MM. Chassaing	4
Genton	16	J.-P. Dupuy	15
Girbe	17	Charpentier	15
Chalmette	14 1/2	De Clomesnil	13
Chalret du Rieu	13 1/2	Chalchat	0
Doazan	9 1/2	Coffina	1
M. Chevallier	8	Decherf	18
Cathelin	9	Dardeau	11
Cottre	4	Cazès	2
Cuissard	2	Delage	12 1/2
Delaunay	16	Mlle Cohn	17 1/2
		Cruveilher	12
		Chapotin	11

PATHOLOGIE.

Séance du 28 novembre.

Antisepsie du chirurgien et de ses aides avant, pendant, et après l'opération

MM. Ligerot	16 1/2	MM. Lepage	13
Albert Lévy	14	Haslé	10
Levêque	12	Harlay	12
Lassudrie Duchêne	12	Lobligeois	13 1/2
Léon Leroux	10 1/2	Le Lorier	12 1/2
Le Tellier	18 1/2	Loiseau	15 1/2
Hayem	13	Mainot	9
Letaint urier de la Chapelle	6	Ladrague	4
		Lacroix	12
		Mainguy	13

Les séries passeront dans l'ordre suivant :

Anatomie : 1° De M. Abrant à M. Carton; 2e de M. Durand à M. Guillemot.

Pathologie : 1° De M. Rodat à M. Zirbel; 2° de M. Palu Mayer à M. Robin.

Les troisièmes séries seront publiées ultérieurement.

Conférences d'Internat.

MM. Blanc, Guillemot, Milian et Wintrebert, internes des hôpitaux, commenceront, dans le grand amphithéâtre de la Pitié, une conférence d'Internat le samedi 7 décembre à 3 heures, et la continueront tous les samedis à la même heure.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

VICHY-CÉLESTINS
DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

DRAGÉES DE GILLES Anémie, Chlorose
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE
CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

NOUVELLES

Cours libre : Hypnotisme. Maladies nerveuses. — M. Bérillon, médecin inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, commencera le jeudi 5 décembre à 10 heures et demie, à sa clinique, 49 rue Saint-André-des-Arts, un cours libre sur les *applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses et mentales*. Il le continuera les jeudis suivants à 10 heures et demie.

Syndicat des médecins de la Seine. — Le Syndicat des médecins de la Seine, qui compte aujourd'hui plus de 600 membres, a tenu son *Assemblée générale annuelle* le 24 novembre, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Albert Le Blond.

Après la validation des nouveaux adhérents, le Président prononce un discours où il retrace les difficultés actuelles de la profession médicale, et montre la nécessité pour les médecins de s'agréger au Syndicat pour faire face aux collectivités et sociétés coopératives qui s'accroissent chaque jour.

M. Birabeau, secrétaire général, fait un exposé des travaux de l'année qui est couvert d'applaudissements.

Après le compte rendu financier, M. de la Jarrige expose le différend survenu entre le maire et les médecins de Montreuil.

Puis M. Abadie traite de la question des cliniques et polycliniques et s'élève contre les subventions accordées à celles-ci.

M. Tison émet le vœu *qu'il ne soit reçu aucun malade payant dans les hôpitaux*.

M. Tolédano demande la *suppression de la Maison Dubois*.

M. Gourichon demande à l'Assemblée générale de faire connaître son sentiment au sujet des subventions accordées aux polycliniques, et d'adopter le vœu *que les allocations faites à ces établissements privés par le Conseil général et le Conseil municipal soient supprimées*.

Ces trois propositions sont adoptées *à l'unanimité*.

Sont élus : *Présidents d'honneur* : MM Brouardel et Le Baron ; *président* : M. A. Le Blond ; *vice-président* : M. Savornin ; *secrétaire général* : M. Birabeau ; *trésorier* : M. Philippeau.

Membres du Conseil : MM. Bazy, Bellencontre, Berthod, Bonnecaze (Armand) ; Duchesne (Léon) ; Gourichon ; Guinard, Lévêque-Lacroix ; Noir (Julien) ; Philbert.

XII^e Congrès international de Moscou. — L'autorisation pour le XII^e Congrès international à Moscou vient d'être enfin donnée. Le Congrès aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août de 1897 et durera 7 jours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

27 novembre 1895.

Chirurgie du poumon. — **M. Quénu.** Je faisais remarquer à la dernière séance que l'auscultation ne donne pas toujours des notions précises, mais seulement une idée sur la zone pulmonaire dans laquelle se trouve la collection suppurée. J'ai ajouté que la ponction peut être elle-même insuffisante et provoque parfois des accidents [1]. Il ne reste donc, pour faire le diagnostic, que l'exploration. Celle-ci peut être directe, comme le disent MM. Bazy et Ricard, ou indirecte comme le recommande M. Tuffier.

L'exploration directe ne peut être érigée en règle absolue. Nous n'avons pas assez de faits pour dire qu'elle est innocente ; mon observation personnelle [2] prouve tout au moins qu'elle peut être dangereuse. Il faut tenir compte, pour porter une appréciation raisonnée, de bien des circonstances : l'existence ou l'absence d'adhérences pleurales, la façon dont respire le malade rendront facile ou difficile cette exploration directe.

Le procédé de M. Tuffier, c'est-à-dire la méthode indirecte, l'exploration à travers le feuillet pleural pariétal décollé, me paraît très utile et fort recommandable en certaines circonstances. Tout dernièrement, j'y ai eu recours avec M. Tuffier avec grand avantage. M. Bazy objecte que ce procédé n'est bon que pour les lésions superficielles et qu'alors il y a des adhérences, tandis que si les lésions sont profondes, ce mode d'exploration restera sans résultat. Il se base pour soutenir cette opinion sur ses expériences cadavériques ; mais, ces expériences ne prouvent qu'une chose, c'est que certain cas échappent à notre action, mais non que le décollement extra-pleural n'ait pas sa valeur.

En somme, cette question des abcès pulmonaires est neuve et nous manquons de faits. Aussi ne faut-il pas être absolu et devons-nous attendre encore quelque temps pour porter des conclusions sérieuses.

M. Poirier. M. Bazy a rappelé quelques recherches que j'ai faites il y a deux ans sur le décollement de la plèvre.

Voici les conclusions auxquelles j'étais arrivé. Sur le sujet sain le décollement est facile, sauf au niveau du bord interne de la gouttière costale où il y a quelques adhérences. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas considérables, et en cinq minutes on peut décoller toute une plèvre. Si la plèvre est altérée et le siège de lésions aiguës, le décollement est encore assez facile, mais si les lésions sont chroniques, la plèvre ne se décolle guère ; j'ajoute tout aussitôt que je ne parle pas des plèvres mesurant près d'un centimètre d'épaisseur comme nous en avons tous vu.

Relativement à l'exploration du poumon, je ne partage pas les prévisions de M. Tuffier. Dans un cas, il m'est arrivé d'ouvrir un large foyer pleural et de méconnaître un volumineux abcès pulmonaire situé au-dessous.

Enfin, je crois que l'auscultation ne donne pas toujours des indications très précises et que le foyer est souvent au-dessus du point indiqué par le médecin.

M. Delorme. Je n'ai pas d'opinion ferme sur la valeur comparative des procédés de MM. Bazy et Tuffier, mais il me semble qu'ils ont l'un et l'autre exagéré la facilité ou la difficulté du décollement de la plèvre. Sur soixante cadavres, j'ai exécuté le décollement de la plèvre. Ce décollement est possible, mais il faut beaucoup de soins et de temps pour éviter les déchirures.

D'autre part, je ne vois pas quel inconvénient il y a à utiliser le procédé de M. Tuffier. On a toujours le temps d'inciser. Ce procédé est simple et il suffit souvent à faire constater non seulement par la palpation, mais par la vue, des nodosité superficielles.

A propos du pneumothorax et de son traitement, je recommande d'avoir recours soit à la ligature des quatre membres à leur racine, soit à une saignée, pour éviter la congestion pulmonaire et les phénomènes d'asystolie qui surviennent et mettent la vie en danger.

M. Michaux. Sans vouloir résoudre la question de l'exploration à travers la plèvre ouverte ou fermée, je dirai simplement que, si les lésions sont volumineuses, on peut les sentir à travers la plèvre décollée, mais que, dans les cas difficiles, le décollement sera insuffisant. Il faut non seulement ouvrir la plèvre, mais encore aborder le poumon, l'ouvrir et l'explorer directement et profondément. Cette exploration pulmonaire est merveilleusement supportée [1] et la réparation de la plaie se fait très bien et sans accident. Aussi ne saurais-je trop insister sur l'avantage et même la nécessité de cette exploration. Nous ne devons pas oublier, en effet, que l'auscultation ne donne pas toujours des données précises.

M. Berger. Je suis de l'avis de M. Michaux et je pense que l'auscultation ne permet pas toujours de localiser les lésions. Il y a nombre d'années, j'intervins à Tenon dans un cas d'abcès pulmonaire. Je trouvai une plèvre très épaissie et sous elle un tissu pulmonaire sclérosé, dans lequel j'essayai de découvrir avec la sonde cannelé un foyer purulent. Mais une hémorrhagie survint et je dus m'arrêter. Mon opéré mourut et à l'autopsie je constatai que mon exploration s'était faite entre deux gros abcès. Alors même que j'eusse ouvert l'un d'eux, j'aurais certainement méconnu l'autre.

Relativement à l'exploration directe du poumon, je crois que, dans la plupart des cas chroniques, quand il y a des adhérences, on ne sent rien. Avant-hier encore, après avoir ouvert une cavité pleurale suppurée, je cherchai à explorer le poumon mais je n'eus aucune sensation nette, les néomembranes s'opposant évidemment à mon exploration.

Quant au décollement pleural, mes anciens souvenirs de prosectorat me font croire qu'il y a quelque difficulté à la pratiquer et qu'on court le risque d'ouvrir la plèvre. Si M. Tuffier a réussi, cela tient à ce qu'il existait de la pleurésie chronique.

De l'incision directe, je dirai simplement qu'elle constitue une manœuvre imprudente et que le pneumothorax est à craindre.

M. Bazy. Faut-il pratiquer l'exploration directe ou l'exploration indirecte de la plèvre? Je préconise la première, à condition de faire une incision aussi petite que possible qu'obture aussitôt le doigt explorateur. Cette exploration directe est d'autant plus recommandable que le décollement demande beaucoup de temps et de soins et qu'il faut aller rapidement.

Quant au pneumothorax, il n'est pas autant à craindre qu'on veut bien le dire. Dans les cas d'abcès pulmonaires, il y a des adhérences pleurales dont nous profitons assurément. En tous cas, les faits de MM. Ricard et Michaux prouvent tout au moins que le danger et la crainte du pneumothorax sont exagérés.

M. Quénu. Je répète qu'il faut se montrer éclectique en matière de chirurgie pulmonaire et se servir de tous les procédés. Tantôt le décollement pleural suffira, tantôt il faudra ouvrir la plèvre et alors on pourra être obligé de suturer ensemble les deux feuillets ou de bourrer la cavité. Quant au pneumothorax, je persiste à croire qu'il est dangereux et parfois difficile à éviter avec l'exploration directe de la plèvre.

Présentation de pièce. — **M. Peyrot** présente la rate d'un malade auquel il en a fait l'extirpation dans les circonstances suivantes. Cet homme fut blessé le 12 novembre dernier de plusieurs balles de revolver dont l'une pénétra dans l'abdomen. En présence de signes d'épanchement sanguin intra-abdominal, M. Peyrot fit une incision latérale et trouva une plaie du hile de la rate. Il extirpa ce viscère. Le malade alla bien le lendemain, mais le surlendemain, à la suite de l'ablation d'une mèche de gaze qui faisait office de drain, la température s'éleva brusquement, et le malade mourut quelques heures plus tard. L'autopsie a été faite à la Morgue où l'on n'aurait constaté ni hémorrhahie ni péritonite. M. Peyrot pense néanmoins qu'il s'est agi ici de septicémie.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

29 novembre 1895.

Troubles oculaires d'origine hystérique. — **M. H. Claude.** Une femme de vingt-sept ans, présentant des antécédents héréditaires et personnels névropathiques, est atteinte, à la suite d'une attaque apoplectiforme, d'hémiplégie droite ou plutôt d'hémiparésie, d'hémianesthésie droite incomplète et de troubles oculaires des deux côtés. Il existe en même temps des stigmates hystériques et le sommeil hypnotique est facilement provoqué. Les phénomènes moteurs s'amendent rapidement, l'hémianesthésie persiste, et les troubles oculaires évoluent de façons différentes :

1° L'œil droit est atteint au début d'amblyopie, de dyschromatopsie et de diplopie monoculaire, qui disparaissent, mais le réflexe pupillaire à la lumière reste absent.

2° L'œil gauche présente d'abord une amblyopie extrêmement accusée, qui diminue peu à peu, mais l'acuité visuelle demeure très faible. Il offre surtout une dilatation pupillaire intense avec perte du réflexe à la lumière et abolition à peu près complète du réflexe accommodateur. La dilatation pupillaire se modifie sous l'influence de l'atropine, de l'ésérine et du sommeil hypnotique pendant lequel la pupille revient à son état normal. Il existe de plus, du même côté, de l'anesthésie de la conjonctive bulbaire avec conservation de la sensibilité cornéenne.

On note enfin pour les deux yeux le rétrécissement concentrique du champ visuel, la paralysie conjuguée gauche pour les mouvements volontaires. Le fond de l'œil est normal. L'état général de la malade est très bon.

Tous ces troubles sont de nature hystérique ; les uns ont eu une évolution trop rapide pour être rapportés à une cause organique, les autres se sont modifiés ou ont disparu momentanément, sous l'influence du sommeil hypnotique. Il n'existe aucune cause à laquelle on pourrait rapporter les lésions nécessaires pour expliquer les symptômes observés. Ces lésions enfin (névrites périphériques ou altérations centrales), devraient être trop disséminées ou trop étendues, et en même temps trop légères, pour qu'on puisse accepter leur existence. La possibilité d'une lésion protubérantielle ou pédonculaire minime, modifiée ou dissimulée par les manifestations hystériques concomitantes, resterait peut-être encore discutable.

Intoxication survenue à la suite de l'usage externe du sous-nitrate de bismuth. — **MM. Gaucher et Balli.** Nous présentons quatre observations d'intoxication survenue à la suite de l'usage externe de sous-nitrate de bismuth.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme atteint d'ulcère de jambe, chez lequel on constata, un mois environ après l'emploi du sous-nitrate de bismuth à l'extérieur, l'apparition d'un liséré gingival d'une coloration noire violacée et de plaques de même couleur au niveau des joues et des gencives.

Les phénomènes inflammatoires observés au début, cessèrent rapidement dès qu'on eût suspendu les pansements ; mais il subsista pendant longtemps une stomatite chronique qui se révèle encore aujourd'hui par la présence de plaques sur la muqueuse des joues en contact avec les dents.

La seconde observation a trait à une femme du service de M. Blum, atteinte de brûlures très étendues pansées avec du sous-nitrate de bismuth en poudre. Les accidents ont présenté là une intensité beaucoup plus grande. Des ulcérations se développèrent au niveau du liséré ainsi que sur la muqueuse linguale. Les accidents de stomatite s'amendèrent et la malade était en bonne voie de guérison, quand il se déclara des vomissements et de la diarrhée. Pendant un mois, ces symptômes persistèrent sans qu'aucune médication ne les arrêtât. La malade sortit enfin de l'hôpital sur sa demande et mourut le lendemain chez elle.

Dans les autres observations, la marche de l'affection a été beaucoup plus bénigne.

Dans un cas, il n'y a eu qu'un liséré gingival. Dans l'autre, le liséré gingival a été simplement précédé par une stomatite érythémateuse légère.

En nous appuyant sur ces observations et sur celles publiées antérieurement par MM. Kocher, Petersen et Dalché, nous avons essayé de tracer un tableau clinique de l'intoxication bismuthique chez l'homme.

Cette intoxication porte surtout sur le tube digestif, et plus particulièrement sur la muqueuse de la cavité buccale.

La stomatite est caractérisée par un liséré de coloration violacée et par des plaques ardoisées affectant une prédilection spéciale pour les points de la muqueuse en contact avec les dents. Ces diverses lésions peuvent s'ulcérer et devenir gangréneuses.

La mastication devient difficile. La salivation, abondante au début, est rapidement remplacée par des mucosités visqueuses, dont le malade peut difficilement se débarrasser, — si les ulcérations siègent sur le voile du palais ou les amygdales, il en résulte du nasonnement et de la raucité de la voix. — L'haleine est d'une fétidité repoussante. On peut encore observer des vomissements et de la diarrhée.

Du côté de l'appareil urinaire il y a de la néphrite, avec présence de bismuth dans les urines.

1. Voy. *Presse médicale*, n° 56, 9 nov. 1895, p. CLXIX.
2. Voy. *Presse médicale*, n° 60, 23 nov. 1895, p. CLXXXVI.

1. Voy. *Presse médicale*, n° 51 *bis*, 25 oct. 1895, p. 402 *bis*.

La pathogénie de ces accidents est assez difficile à expliquer; car le bismuth, peut être pris sans aucun danger à l'intérieur à des doses même considérables. Il est probable, ainsi que le pensent MM. Dalche et Villejean, qu'il se forme au contact des matières albuminoïdes de l'économie une combinaison soluble dont l'absorption est facilitée par le contact prolongé qui ne peut exister si le bismuth est administré à l'intérieur.

M. Hayem. Je pense qu'il y a une modification particulière du sous-nitrate de bismuth appliqué sur les plaies. Je viens d'examiner les pièces d'une malade provenant d'une femme atteinte d'ulcère de l'estomac, à laquelle on donna du bismuth à haute dose. On rencontra à l'autopsie du sous-nitrate de bismuth adhérent à la muqueuse, et cela malgré la suspension du traitement quelque temps auparavant.

La présence de ces quantités considérables de sous-nitrate de bismuth n'avait cependant amené aucun phénomène d'intoxication.

M. Chauffard. Puisqu'il est question des ulcères de jambe, je désire vous communiquer le mode de traitement que j'emploie dans mon service depuis cinq ou six ans.

Après avoir essayé tous les moyens vantés contre cette affection, j'ai essayé les applications de sucre en poudre. J'ai été amené à employer cette médication, par les résultats surprenants que Bœckel, de Strasbourg, obtenait pour la cicatrisation de plaies après amputation du sein.

Le procédé est des plus simples : après avoir fait l'asepsie de l'ulcère, il suffit de répandre le sucre en poudre sur la surface de la plaie, puis on fait un pansement isolant.

Sous l'influence de ce traitement on voit l'ulcère se cicatriser rapidement, et, en prenant tous les jours le diagramme de la plaie, on est véritablement surpris des progrès rapides que fait la cicatrisation.

M. Hayem. Il est peut-être possible d'expliquer les bons effets de ce sucre, par suite d'une fermentation qu'amènerait la formation d'acide lactique. Ce fait serait à vérifier.

M. Ferrand. Les divers pansements des ulcères, tour à tour prônés, sont en effet très nombreux. Quant à moi, j'emploie l'oxyde de zinc en suspension dans un glycéroté d'amidon. Le résultat obtenu ne peut être attribué à une vertu antiseptique du topique : on sait en effet que l'oxyde de zinc tant par lui-même que par ses composés, n'est que faiblement antiseptique.

M. Siredey. Puisque chacun vante son procédé qu'il me soit permis de dire que, moi aussi, j'obtiens des résultats magnifiques et cela avec des pansements au sous-carbonate de fer. Lorsque le malade a la patience de continuer ce traitement quelque temps et de rester au repos, je guéris même les cas réputés rebelles.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

29 novembre 1895.

Ulcère rond de l'estomac simulant une appendicite. — **M. Pasteau** présente des pièces provenant d'un malade mort à l'hôpital Cochin dans le service de M. le Dr Quénu. Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, qui était entré à l'hôpital le samedi 23 novembre, avec les symptômes d'une péritonite généralisée, ballonnement du ventre, vomissements, pouls très petit à 110 et faciès grippé; de plus, il y avait un point très douloureux dans la fosse iliaque droite et une zone de matité vers l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté. L'incision iliaque permit d'arriver dans la cavité péritonéale remplie de pus; on ne trouva pas trace de poche; on fit donc une seconde incision sur la ligne médiane, et, après lavage de la cavité péritonéale, on draina largement. Le mardi suivant au matin le malade mourait dans le collapsus.

L'autopsie permit de constater une perforation de l'estomac à la région pylorique, consécutive à un ulcère rond. Rien à l'appendice ni au cœcum.

M. Pasteau fait remarquer que, dans le cas présenté, la recherche de la perforation n'aurait sans doute pas permis de sauver le malade, mais il conclut au point de vue général que, *dans les cas où la péritonite est généralisée, on est autorisé à rechercher l'appendice* pour voir s'il est perforé; c'est là d'ailleurs le premier point établi dans la communication récente de M. Quénu à la Société de chirurgie.

Fracture du crâne. — **M. Le Fur** rapporte l'observation d'un enfant de deux ans qui était tombé d'un second étage sur le front. Immédiatement après l'accident, une crise d'épilepsie généralisée éclata; les mouvements convulsifs prédominaient du côté droit. Pendant quatre jours aucun symptôme ne se montra. Du délire, des contractures, des crises d'épilepsie larvée, se montrèrent dans la suite. Enfin, le malade tomba dans le coma et présenta alors quelques symptômes de méningite de la base. La mort survint alors.

A l'autopsie, on trouva une fracture du rebord et de la voûte orbitaire à gauche, un effondrement de la lame criblée de l'ethmoïde. Au niveau du foyer de fracture il existait un hématome assez volumineux sur la face externe de la dure-mère. Sur la face interne de cette même membrane, il y avait de la pachyméningite localisée. De ce point partaient des traînées de méningite qui se propageaient jusqu'à la base du cerveau.

Note préliminaire sur le mode de réunion des plaies cutanées chez la grenouille. — **M. Jolly** présente des préparations de peau de grenouille. Une section a été pratiquée et la réunion a été obtenue par des points de suture. L'accollement des parties se fait des parties superficielles vers les parties profondes.

Anomalie de l'uretère. — **M. Auscher** présente des pièces provenant d'un cas d'ictère grave. Outre les lésions dégénératives ordinaires du foie, des reins, de la rate, il existait dans ce cas une anomalie du développement de l'uretère gauche, qui était double depuis la partie supérieure jusqu'à la vessie. L'un des deux débouchait sur la partie médiane du trigone.

Typhlite tuberculeuse. — **M. Auscher.** Chez une femme ayant présenté tous les symptômes d'un cancer de l'estomac (intolérance gastrique, hématémèses, cachexie progressive, adénopathie sus-claviculaire, phlébite cachectique, etc.), on trouve une typhlite tuberculeuse. Cette typhlite a été le point de départ d'une chaîne ganglionnaire ayant remonté le long de l'aorte jusque dans le médiastin.

Pièces de lépreux. — **MM. Auscher et Jeanselme** présentent des pièces provenant d'un lépreux. Les altérations hépatiques étaient surtout intéressantes. Elles rappellent de très près les lésions de foie de syphilis congénitale.

Anatomie de la rate. — **M. Picou** a étudié sur vingt cadavres la situation normale de la rate. D'après lui, elle est située presque horizontalement, légèrement oblique et parallèle aux côtes.

Tumeur du ligament large. — **M. Pillet** présente, au nom de M. Berlin, une tumeur du ligament large. Il s'agissait d'un fibrome calcifié.

Pathogénie des fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. — **M. Jayle** pense qu'il faut tenir grand compte de l'état des lésions pour lesquelles l'intervention est faite. Sauf dans quelques rares cas, ni le chirurgien ni les pinces ne sont à incriminer.

Sur plus de 100 hystérectomies vaginales pratiquées par MM. Pozzi et Richelot, il n'a vu survenir que trois fois une fistule recto-vaginale Or, ces 3 cas étaient des suppurations pelviennes à marche rapide, avec état infectieux et température; l'étude bactériologique du pus a, de plus, démontré qu'il s'agissait de suppuration à streptocoques (2 fois), à streptocoques et coli (1 fois). En outre, les malades étaient atteintes de diarrhée intense, ce qui signifiait qu'il y avait une inflammation intestinale aiguë.

Il est donc probable que, dans ces cas, la paroi rectale est amincie, prête à se perforer lors de l'opération. Après l'intervention, cette paroi amincie que soutenait encore la collection elle-même, devient flottante, lâche, et se laisse déchirer sous l'influence de la pression intestinale (gaz et matières).

M. Jayle cite encore à l'appui de cette pathogénie deux autres cas de suppuration aiguë d'origine utérine à streptocoques (1 fois), à coli (1 fois), où une fistule intestinale survint après une laparotomie, sans que cette fois on pût incriminer les pinces. En résumé, il faut, avant d'incriminer le chirurgien ou la méthode opératoire, se rendre un compte exact des lésions et de leur nature, pour savoir si la fistule recto-vaginale n'est pas tout simplement due aux lésions mêmes. En étudiant attentivement certains symptômes, on pourra prévoir dans une certaine mesure cette fâcheuse complication. En pratique, on s'évitera ainsi d'injustes récriminations.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

25 novembre 1895.

Observation de pneumonie apyrétique. — **M. Tripet.** Le mardi 5 novembre 1895 j'étais appelé, auprès d'un malade, souffrant depuis trente-six heures. Ce malade, âgé de quarante-huit ans, était tombé malade brusquement le dimanche soir 3 novembre à 11 heures 1/2, en rentrant chez lui. Pris d'un frisson violent, unique, prolongé, il éprouvait le lendemain matin un fort point de côté au niveau du mamelon gauche : le lendemain il prenait de lui-même une purgation et s'appliquait sur la région douloureuse un emplâtre calmant.

A ma visite du 5 novembre, je trouvai le malade assez calme, avec une fièvre modérée 39 degrés centigrades, 36 respirations et 124 pulsations. La percussion et l'auscultation de la poitrine permettaient de pressentir, sous l'angle de l'omoplate gauche, une submatité légère, et une respiration un peu soufflante, sans râles d'aucune sorte : pas de toux, pas de *crachats* (au 2e jour de la maladie), et langue modérément saburrale.

Je prescrivis une potion à l'antipyrine et à l'aconit, et des boissons chaudes, grogs, lait, bouillon, et thé.

Le lendemain, 6 novembre, je trouvai mon malade complètement débarrassé de son point de côté, et se déclarant guéri. Cependant, le pouls était encore à 104, et la température à 38°,6. Il n'y avait plus que 24 respirations par minute; mais, depuis midi, c'est-à-dire depuis le moment où la douleur de côté avait disparu, le malade avait commencé à expectorer des crachats jus de groseille caractéristiques; en même temps, je trouvais sous l'omoplate gauche, un bruit de souffle caractéristique.

Je me fis envoyer les urines, qui étaient fortement urobilinuriques, et je constatai, en même temps que des traces d'albumine, une diminution des chlorures tombés à 1 gr. 70 centigrammes par litre, alors que le malade n'avait émis dans ses vingt-quatre heures que 850 c.c. d'urine. Or, nous savons que cette diminution dans l'excrétion des chlorures urinaires est caractéristique de la *pneumonie seule*. Mon diagnostic devenait donc pneumonie franche à évolution modérée. Or, le quatrième jour de la maladie je trouvai M. N... souriant, complètement apyrétique (36°,9), ne souffrant de nulle part, et demandant à se lever. La langue était chargée cependant, mais il y avait dans les urines une débâcle énorme d'urates de soude, comme dans les urines critiques. Les crachats restaient rouillés, le souffle était plus intense à l'auscultation, mais le pouls était normal à 72. Deux jours après M. N. se levait ne crachant plus, ne présentant plus de signes morbides à l'auscultation, et mangeait de bon appétit.

Nous observons assez fréquemment dans la pneumonie franche infantile, une défervescence brusque de la fièvre du sixième au septième jour; mais jamais il ne m'avait été donné de voir cette maladie évoluer chez un adulte en moins de six jours avec une durée fébrile de trois jours pleins seulement.

BIBLIOGRAPHIE

Landolt et Gygax. — *Précis de thérapeutique ophtalmologique* (G. MASSON, éditeur, Paris. 1895).

En publiant cet opuscule MM. Landolt et Gygax ont cherché à mettre entre les mains de l'oculiste un vademecum contenant, sous une forme concise, les notions indispensables de la thérapeutique spéciale.

Comme ils ont soin de le faire remarquer dans leur introduction, il ne s'agit point là d'un traité de thérapeutique ophtalmologique, mais plutôt d'un compagnon discret, d'un serviteur fidèle et rapide pour le praticien dans la hâte de la consultation, pour l'étudiant dans la préparation d'un examen.

Afin de rendre le maniement de ce précis le plus simple possible, les auteurs ont disposé les articles suivant l'ordre alphabétique. La partie pharmaceutique, le dosage de certains médicaments, la forme la plus appropriée de leur administration, échappant bien plus aisément à la mémoire du médecin que la thérapeutique en général, les formules médicinales ont été à dessein multipliées et revues avec soin. C'est un point dont leur seront à coup sûr reconnaissants les praticiens.

F. B.

L. Vignes. — *Technique de l'exploration oculaire.* Introduction à l'étude de l'ophtalmologie. 1 vol. in-8° raisin, de 420 pages, avec 213 figures. Prix : 8 francs (A. MALOINE, éditeur).

P. Garnault. — *Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher?* Broch. in-8° raisin, de 36 pages (A. MALOINE, éditeur).

Notice sur les médecins de la marine des différents pays. 1 vol. in-8° cartonné, de 65 pages. Prix : 2 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

L. Picqué et Pl. Mauclaire. — *Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations* (muscles, tendons, synoviales tendineuses). 2 vol. in-18, formant plus de 600 pages, avec 165 figures, reliés. Prix : 8 francs. (OCTAVE DOIN, éditeur).

E. Gaucher et P. Gallois. — *Thérapeutique des maladies du rein.* 2 vol. in-18 jésus, formant 520 pages, reliés. Prix : 8 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

W. Œttinger. — *Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte.* 1 vol. in-18 jésus, de 257 pages, relié. Prix : 4 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

Paul Archambault. — *Des eczémas et leurs traitements.* Etude clinique et thérapeutique. Broch. in-8°, de 45 pages. Prix : 2 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

E. Maurel. — *Cocaïne*; ses propriétés toxiques et thérapeutiques. Aperçu général sur l'anesthésie. 1 vol. in-8°, de 300 pages. Prix : 6 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

C. Vanlair. — *Manuel de pathologie interne* à l'usage des étudiants et des praticiens. *Troisième édition.* 2 vol. in-8° d'ensemble 1276 pages, avec 276 figures. Prix : 24 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

A. Trousseau. — *Traitement des maladies des yeux.* Notions pratiques. 1 vol. in-12, de 165 pages, cartonné. Prix : 2 fr. 50 (OCTAVE DOIN, éditeur).

C. von Kahlden et O. Laurent. — *Technique microscopique appliquée à l'anatomie pathologique et à la bactériologie.* Manuel pratique. 1 vol. in-8° raisin, de 190 pages. Prix : 5 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur).

ANNALES DE MICROGRAPHIE spécialement consacrées à la *bactériologie*, aux *protophytes* et aux *protozoaires*. Rédacteur principal : *Docteur* MIQUEL, directeur du service micrographique à l'observatoire municipal de Montsouris. Cette publication paraît par fascicules mensuels de 48 pages in-8° raisin, avec figures et planches hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris 20 fr.; Départements et Union postale, 22 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

PHOTO-GAZETTE, *Revue internationale illustrée de la photographie et des sciences et arts qui s'y rattachent.* Journal absolument indépendant. *Rédacteur en chef :* G. MARESCHAL. Paraît par fascicules mensuels de 20 pages in-8° jésus, avec une illustration hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris et Départements. 7 fr.; Etranger, 8 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL : CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Sédatif des **CELLULES NERVEUSES** par l'**ACIDE PHOSPHORIQUE**, stimulant et anti-diathésique par l'**OR**

Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈTE**

DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.

PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Granules de Catillon 2 à 4 par jour produisent une **diurèse** rapide relèvent le **cœur** affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE **STROPHANTUS**

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] St-Martin.

ÉLIXIR

Préparation nouvelle, liqueur très agréable à prendre par petit verre après chaque repas.

Dans les cas de **CHLOROSE** et d'**ANÉMIE** rebelles aux Moyens Thérapeutiques ordinaires

SIROP

Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans un quart de verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

Les préparations a base D'

HÉMOGLOBINE SOLUBLE DE V. DESCHIENS

expérimentées dans les hôpitaux

VIN

Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas, un petit verre à liqueur pour les enfants.

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL * RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

ont toujours donné

Les RÉSULTATS les PLUS SATISFAISANTS

Sans fatiguer l'estomac, sans amener la constipation, sans altérer les dents.

DRAGÉES

3 à 6 par jour

VENTE EN GROS : Maison **ADRIAN & Cie** *à PARIS, 9, et 11, Rue de la Perle.*

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

Ainsi qu'il résulte de nombreuses expériences faites dans les Hôpitaux les **CAPSULES SÉRAFON**

dans les BRONCHITES AIGUES et CHRONIQUES

La DILATATION des BRONCHES et la BRONCHORRÉE amènent la guérison, dessèchent les bronches et font disparaître la fétidité des crachats.

PHTISIE, TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET **PLEURÉSIE** *D'ORIGINE TUBERCULEUSE*

Les **SOLUTIONS SÉRAFON** en **injections hypodermiques** arrêtent sûrement l'évolution de la maladie et peuvent amener la guérison au 1er et au 2me degré (une instruction pour la pratique de ces injections accompagne chaque flacon). **Pharmacie SERAFON à Bordeaux** et toutes pharmacies.

PRÉPARATION et VENTE en GROS : **Société Française ADRIAN & Cie, 9 et 11, rue de la Perle, Paris.**

GAIACOL EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES - TUBERCULOSES

CAPSULES COGNET

EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE

A COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES